

Policy Brief

Untuk komunitas dari komunitas: Jangan hanya di puskesmas dan rumah sakit!

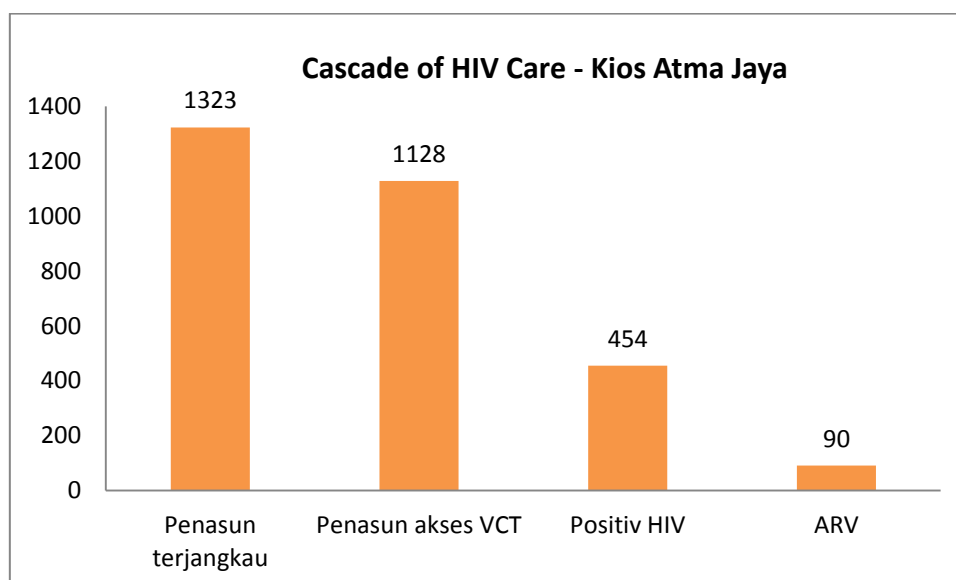
Pesan Pokok

Perluasan cakupan perawatan HIV hingga saat ini masih terbatas karena adanya berbagai hambatan baik dari sisi kebutuhan maupun penyediaan layanan. Akibatnya *cascade of HIV care* di Indonesia masih menunjukkan kesenjangan yang besar. Kesenjangan ini akan lebih besar jika secara lebih spesifik dilihat pada komunitas pengguna napza suntik (penasun) karena masih kuatnya stigma pada penyedia layanan terkait dengan perilaku adiksinya dan pada sisi yang lain masih sedikitnya dukungan sosial diantara mereka sendiri untuk melakukan perawatan HIV. Penentuan layanan hanya pada fasilitas kesehatan umum memiliki potensi untuk membatasi akses populasi kunci untuk memperoleh layanan ARV. Untuk itu menjadi langkah yang penting bagi Kementerian Kesehatan untuk memperluas layanan ARV ini ke klinik-klinik komunitas yang selama ini telah memberikan pelayanan kesehatan dasar kepada populasi kunci dan telah melaksanakan berbagai kegiatan pencegahan. Perluasan ke klinik komunitas pada dasarnya merupakan strategi untuk melakukan *link to care* menjadi lebih optimal sehingga semakin banyak populasi kunci yang bisa masuk dalam perawatan, memulai inisiasi ARV dan sekaligus bertahan dalam terapi. Pada sisi lain, inisiatif perluasan layanan perawatan HIV dan terapi ARV ke klinik komunitas juga harus diimbangi dengan tanggung jawab dan kompetensi yang lebih tinggi dalam memberikan pelayanan kepada ODHA.

PENGANTAR

Program penjangkauan komunitas telah membantu pengguna napza suntik (penasun) terhubung ke layanan kesehatan terkait HIV, mulai dari layanan periksa IMS, konseling dan tes HIV sukarela, sampai layanan pengurangan dampak buruk seperti layanan alat suntik steril. Hal ini membantu penasun untuk mengakses layanan karena disediakan di tempat yang nyaman dan dipersepsikan aman untuk diakses oleh mereka. Hasilnya, laju infeksi HIV di kelompok penasun dalam beberapa tahun terakhir tampak menurun (STBP 2007 dan 2011). Pada akhir 2011, dua pertiga dari total estimasi penasun telah dijangkau oleh layanan pengurangan dampak buruk. 87% penasun melaporkan tidak berbagi jarum saat penyuntikan terakhir dan 63% tidak berbagi jarum dalam seminggu terakhir menyuntik (STBP 2011).

Meskipun kegiatan pencegahan telah memberikan dampak positif terhadap penularan HIV pada komunitas penasun, tetapi tidak dalam upaya perawatan dan pengobatan HIV. Jumlah penasun yang positif cukup banyak yang belum masuk ke dalam perawatan HIV. Data yang tersedia dari Kementerian Kesehatan tidak memilah proporsi populasi kunci yang positif, masuk dalam perawatan HIV, aktif dalam pengobatan ARV dan jumlah yang tidak bisa meneruskan terapi sehingga sulit untuk memperoleh gambaran tentang situasi perawatan dan pengobatan pada penasun. Meskipun demikian, data dari Kios (lihat grafik 1), bisa mengindikasikan bagaimana *cascade* perawatan HIV pada komunitas tersebut.



Dapat dilihat bahwa lebih dari 85% dampungan berhasil mengakses tes HIV, namun hanya 20% yang mengakses perawatan terapi ARV. Cascade di atas secara jelas

menunjukkan adanya permasalahan dalam *linkage to care* pada komunitas penasun yang positif.

Permasalahan ini tampaknya juga refleksi dari permasalahan perawatan HIV yang lebih besar dimana *cascade* perawatan HIV di Indonesia masih menunjukkan kesenjangan yang besar antara ODHA yang telah mengetahui statusnya dengan mereka yang masuk dalam perawatan. Kesenjangan untuk masuk dalam perawatan HIV tentunya menjadi ancaman yang besar bagi target pemerintah (Kementerian Kesehatan) untuk mencapai target 90-90-90 sesuai himbauan UNAIDS, yaitu 90% dari orang yang HIV positif mengetahui statusnya, 90% dari orang HIV positif mendapatkan terapi ARV dan bertahan dalam terapi, serta 90% orang dalam terapi ARV bisa ditekan jumlah virusnya.

Pada tahun 2014, Kementerian Kesehatan Indonesia mengeluarkan Permenkes No. 87 tahun 2014 tentang Pedoman Pengobatan ARV untuk mendorong populasi kunci segera mendapatkan pengobatan ARV setelah didiagnosa HIV positif. Upaya ini dilakukan untuk menekan laju kematian terkait HIV dan AIDS dan penularan HIV. Sayangnya ada kemungkinan upaya tersebut juga tidak mampu mendorong jumlah penasun untuk mengikuti perawatan ARV karena kebijakan Kementerian Kesehatan dalam distribusi ARV sesuai Permenkes no. 21 tahun 2013 adalah dengan menetapkan daftar rumah sakit rujukan dan puskesmas sebagai tempat mengakses layanan ARV. Terpusatnya pelayanan terapi ARV hanya pada fasyankes pemerintah seringkali membuat populasi kunci yang tersembunyi seperti penasun menjadi tidak mudah mengakses karena adanya beberapa hambatan sosial khususnya terkait dengan stigma sebagai pecandu.

Penetapan layanan ARV hanya pada fasyankes kesehatan umum pada dasarnya merupakan satu hambatan bagi penasun untuk mengakses layanan yang dibutuhkan seperti yang digambarkan dalam kasus Kios Atma Jaya di atas. Demikian pula ada kecenderungan kepercayaan dari dokter di RS dan Puskesmas bahwa penasun aktif dengan masalah adiksi tidak bisa memulai pengobatan ARV karena kemungkinan tidak patuh lebih tinggi (Wisaksana, 2009; WHO, 2008). Hal ini semakin membatasi akses penasun HIV positif untuk mendapatkan terapi ARV. Padahal, terbukti dari berbagai program pengurangan dampak buruk, kinerja organisasi masyarakat sipil dari komunitas sangat baik dalam menjangkau dan menghubungkan penasun dengan layanan (KPAN, 2012).

PILIHAN KEBIJAKAN

Selain melakukan upaya dukungan pada tingkat individual yang lebih kuat pada penasun yang telah mengetahui status HIVnya untuk segera masuk ke dalam perawatan HIV agar bisa mengurangi dampak negatif atas keterlambatannya terapi ARV, perlu juga adanya upaya dari sisi penyediaan layanan untuk menyikapi situasi masih rendahnya penasun masuk dalam perawatan HIV. Salah satu upaya yang terbukti efektif untuk mendukung akses populasi kunci yang terstigma adalah memperluas penyediaan perawatan ARV pada klinik komunitas, selain dari puskesmas dan rumah sakit rujukan. Alasan utama perluasan layanan ARV pada klinik komunitas adalah bahwa klinik komunitas memiliki pengalaman yang kaya dan keterampilan sangat baik dalam menjangkau populasi kunci untuk mempermudah *link to care*. Sebagai contoh, KIOS Atma Jaya telah memiliki pengalaman lebih dari 12 tahun dalam menyediakan layanan pengurangan dampak buruk bagi penasun, yang sebetulnya lebih rumit dibandingkan penyediaan layanan ARV karena berbagai risiko yang ditanggung dalam layanan pengurangan dampak buruk. Jumlah penasun yang masuk ke perawatan HIV diperkirakan akan jauh tinggi jika Klinik di Kios Atma Jaya memiliki kewenangan untuk melakukan perawatan HIV dan inisiasi ARV dan pemantauan dalam terapi ARV karena kepercayaan yang sudah terbangun selama beberapa tahun dengan komunitas penasun yang menjadi dampingannya.

Klinik komunitas pada dasarnya sudah menyediakan berbagai layanan HIV lainnya, yang dirasa nyaman dan aman untuk diakses oleh populasi kunci (KPAN, 2012). Tambahan layanan terapi ARV di klinik komunitas akan membantu klinik komunitas menjadi **“one-stop service”** yang nyaman diakses oleh populasi kunci. Wisaksana (2009) menemukan bahwa layanan “one-stop service” dalam penanggulangan HIV membantu meningkatkan akses pada layanan serta berpengaruh pada kepatuhan, khususnya pada kelompok pengguna napza suntik. Pengalaman dari KIOS Atma Jaya yang pernah menjadi layanan satelit ARV, dari 87 orang yang pernah mengakses layanan ARV di KIOS, tingkat retensinya mencapai 98% (Laporan tahunan KIOS, 2013), sedangkan retensi klien yang ada di PKM dan rumah sakit masih rendah, di mana angka keberterimaan dalam program hanya 53% dari total ODHA yang pernah menerima ARV. (Laporan triwulan IV Kemenkes, 2014).

STRATEGI

Beranjak dari kapasitas organisasi komunitas dalam memberikan pelayanan kepada populasi yang terbukti efektif, maka dalam rangka untuk mendukung target 90-90-90 yang dicanangkan oleh Kementerian Kesehatan maka perluasan layanan ARV ke klinik komunitas menjadi alternatif yang strategis. Beberapa kebijakan yang perlu dikembangkan untuk memungkinkan perluasan ini antara lain:

- Menyesuaikan kebijakan Permenkes No. 21/2013 mengenai Pedoman Pengobatan ARV, khususnya bagian mengenai daftar layanan rujukan ARV. Bab 8 Pasal 27 dari Permenkes no. 21/2013 menyebutkan perlunya kerjasama dengan komunitas dalam meningkatkan akses layanan. Hal ini perlu diperkuat dengan implementasi kerjasama tersebut, antara lain dengan menyediakan ruang bagi klinik komunitas untuk juga menyediakan layanan ARV, tentunya tetap dalam koordinasi dan kerjasama dengan puskesmas sebagai penanggungjawab kesehatan wilayah dan rumah sakit sebagai rujukan.
- Membangun sistem koordinasi antara klinik komunitas, Puskesmas, dan rumah sakit pengampu dalam menyediakan layanan ARV. Perlu ada kerja sama yang terbuka dan saling menginformasikan antara klinik komunitas, Puskesmas dan rumah sakit pengampu mengenai penyediaan dan kebutuhan layanan ARV agar pencatatan dan distribusi ARV berjalan dengan lancar dan efisien
- Menentukan persyaratan klinik komunitas agar mampu menyediakan layanan perawatan HIV dan terapi ARV baik dari sisi teknis maupun administratifnya sesuai dengan persyaratan yang ditentukan oleh dinas kesehatan setempat.
- Dari sisi pembiayaan, perlu adanya regulasi yang memungkinkan klinik komunitas ini untuk bermitra dengan BPJS agar memperoleh dana kapitasi untuk pelayanan kesehatan dasarnya sehingga memungkinkan layanan ini bisa disediakan secara berkelanjutan.
- Dari sisi klinik komunitas, beberapa hal yang perlu diperhatikan agar mampu untuk menyediakan layanan ARV adalah memiliki pengalaman yang terbukti berhasil dalam mendekatkan populasi kunci dengan layanan. Berbagai macam klinik komunitas seperti KIOS Atma Jaya selama ini telah menyediakan berbagai layanan HIV dan IMS, pengurangan dampak buruk, bahkan layanan kesehatan dasar bagi populasi kunci. Pengalaman ini termasuk dalam melakukan rujukan layanan ARV bagi dampingannya. Berbagai pengalaman ini akan menunjukkan kredibilitas dan kompetensi klinik komunitas dalam kemampuan mereka memberikan layanan secara menyeluruh. Demikian pula klinik tersebut memiliki jaringan dampingan yang kuat berdasarkan program penjangkauan yang selama ini dilakukan.

REFERENSI

Kementerian Kesehatan RI. 2014. *Laporan triwulan IV mengenai penanganan HIV dan AIDS*.

KIOS Atma Jaya. 2013. *Laporan Tahunan 2013*. Jakarta

KIOS Atma Jaya. 2015. *Monitoring dan Evaluasi Program. 2013-2015*. Jakarta

Komisi Penanggulangan AIDS Nasional. 2012. *Republic of Indonesia Country Report on the follow-up to the Declaration of Commitment On HIV/AIDS*.

http://www.unaids.org/en/dataanalysis/knownyourresponse/countryprogressreports/2012countries/ce_ID_Narrative_Report.pdf. Diakses 9 September 2015

Ministry of Health of the Republic of Indonesia. 2008. *Mathematical model of the HIV epidemic in Indonesia 2008–2014*: Ministry of Health of the Republic of Indonesia. Jakarta, Indonesia.

Wisaksana, Rudi, et.al. 2009. *Challenges in delivering HIV-care in Indonesia: Experience from a Referral Hospital*. Acta Medica Indonesia, Vol. 41 (suppl.1) p. 45-51.

World Health Organization. 2008. *HIV/AIDS Care and Treatment for PWID in Asia and the Pacific: an essential practical guide*. Geneva.

PENULIS:

John Gentar

Anindita Gabriella

Pusat Penelitian HIV & AIDS Unika Atma Jaya
Gedung St. Fransiskus Asisi (K2), lantai 1, ruang K21.08
Jl. Jendral Sudirman Kav. 51 Jakarta 12930 Indonesia
Phone/fax: +62-21-578-54227
<http://www.arc-atmajaya.org>